

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LUIZA RAMOS LEITE MATALOBOS

CRM: 52-1263510 - RJ

Endereço: Ministro gama filho, Cabo Frio - RJ

Cidade: Cabo Frio

UF: RJ

Data de Emissão: 27/03/2026

Data de Validade: 26/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: JOÃO GABRIEL SILVA BARCELOS

Sexo: Não Informado

Endereço:

1. **MEDKAYA CBD** EXTRATO RICO EM CANABINÓIDES CBD 20% + THC 0,2% + TCM ----- 04 frascos

Posologia para dispensação de frascos

Dar 25 gotas após café da manhã e janta por 7 dias. Aumentar semanalmente conforme orientação.

Posologia de uso

1. Dar 03 gotas após café da manhã e janta por 7 dias. Aumentar semanalmente conforme orientação.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____

ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADA



Conforme
MP 2.200-2/01
e Lei 14.063/20

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por LUIZA RAMOS LEITE MATALOBOS em 27/03/2026 22:00, conforme MP nº 2.200-2/2001, Resolução Nº CFM 2.299/2021 e Resolução CFM Nº 2.381/2024.

O documento médico poderá ser validado em <https://validar.iti.gov.br>.

Farmacêutico, realize a dispensação em: <https://prescricao.cfm.org.br/api/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-AU2NLERW

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LUIZA RAMOS LEITE MATALOBOS

CRM: 52-1263510 - RJ

Endereço: Ministro gama filho, Cabo Frio - RJ

Cidade: Cabo Frio

UF: RJ

Data de Emissão: 27/03/2026

Data de Validade: 26/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: JOÃO GABRIEL SILVA BARCELOS

Sexo: Não Informado

Endereço:

1. **MEDKAYA CBD** EXTRATO RICO EM CANABINÓIDES CBD 20% + THC 0,2% + TCM ----- 04 frascos

Posologia para dispensação de frascos

Dar 25 gotas após café da manhã e janta por 7 dias. Aumentar semanalmente conforme orientação.

Posologia de uso

1. Dar 03 gotas após café da manhã e janta por 7 dias. Aumentar semanalmente conforme orientação.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____

ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADA



Conforme
MP 2.200-2/01
e Lei 14.063/20

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por LUIZA RAMOS LEITE MATALOBOS em 27/03/2026 22:00, conforme MP nº 2.200-2/2001, Resolução Nº CFM 2.299/2021 e Resolução CFM Nº 2.381/2024.

O documento médico poderá ser validado em <https://validar.iti.gov.br>.

Farmacêutico, realize a dispensação em: <https://prescricao.cfm.org.br/api/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-AU2NLERW